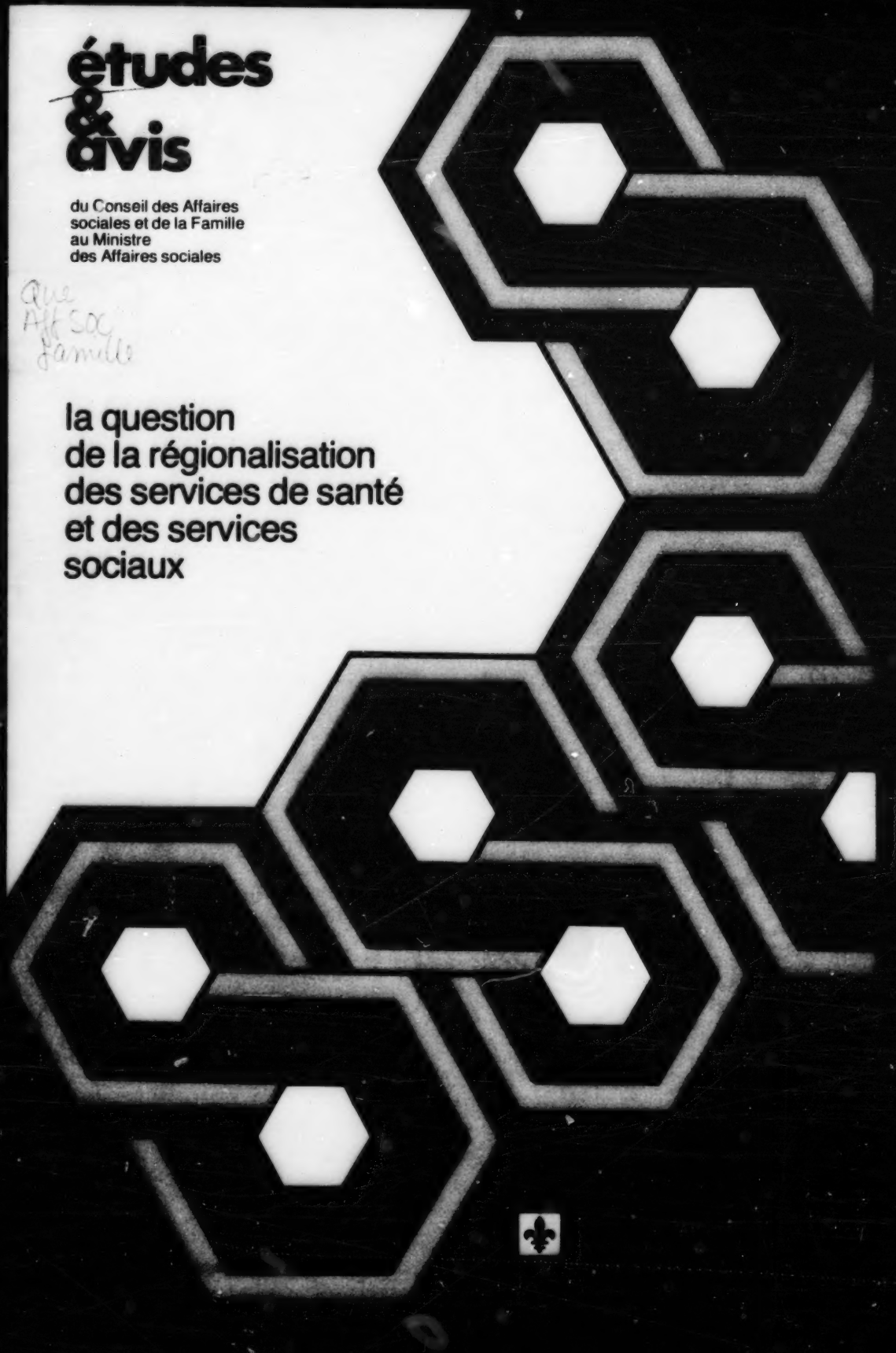
études & avis

du Conseil des Affaires sociales et de la Famille au Ministre des Affaires sociales

Que
Aff Soc
famille

la question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux



études & avis

du Conseil des Affaires
sociales et de la Famille
au Ministre
des Affaires sociales

la question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux

Tous droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, réservés pour tous les pays. Toute reproduction pour fins commerciales, par procédé mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, est interdite sans l'autorisation écrite de l'Éditeur officiel du Québec.

Dépôt légal — 1er trimestre 1978
Bibliothèque nationale du Québec

Québec, le 17 janvier 1978

Monsieur Roger Marier,
Président,
Conseil des Affaires sociales
et de la Famille,
1126, chemin St-Louis,
Sillery, Qué.
G1S 1E5

Monsieur le président,

J'ai, avec grand intérêt, pris connaissance de votre dernier avis de novembre 1977 «Sur la façon de franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux».

J'ai apprécié l'orientation générale qui s'en dégage, même si certaines modalités d'application demandent d'être réexaminées dans le contexte actuel de décentralisation globale.

Selon nous, le rythme de décentralisation doit tenir compte des facteurs suivants:

1° Le cheminement de la réflexion gouvernementale sur la décentralisation;

2° Permettre aux secteurs décentralisés de se stabiliser et d'être évalués.

Pour nous, comme pour le gouvernement actuel, la décentralisation veut atteindre des objectifs de meilleure gestion et de participation des citoyens.

En somme, nous comptons consolider les secteurs décentralisés, procéder avec certaines autres activités et participer à la venue de la décentralisation gouvernementale. Comme vous pouvez le constater, vos recommandations, quant aux principes, nous sont très utiles. Nous vous remercions donc de la collaboration apportée sur ce dossier très important.

Je transmets cet avis au Premier ministre, monsieur René Lévesque, et à mon collègue, monsieur Jacques Léonard, ministre d'État à l'Aménagement, pour prise en considération dans le cadre de leurs réflexions sur la décentralisation gouvernementale.

Je termine en vous offrant mes meilleurs voeux pour l'année qui vient et vous prie de les transmettre à tous vos collaborateurs.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre des Affaires sociales,

DENIS LAZURE

Québec, le 8 décembre 1977

Monsieur Denis Lazure
Ministre des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075 chemin Ste-Foy
Québec

OBJET: Avis et recommandations du CASF sur la façon de franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux

Monsieur le Ministre,

Le Conseil m'a chargé, au cours de sa réunion des 22 et 23 novembre 1977, de vous faire parvenir l'avis et les recommandations du Conseil en relation avec la régionalisation des services de santé et des services sociaux. Cet avis a été adopté par le Conseil à la suite de la production du rapport final du comité apécial institué à cette fin par le CASF.

Aussi, cet avis, qui constitue l'aboutissement d'une réflexion aussi approfondie que possible du phénomène de la régionalisation, converge avec les objectifs et les préoccupations générales qui sont les vôtres en matière de décentralisation ainsi que vous le souligniez lors de vos rencontres avec le Conseil, les 2 février et 3 novembre 1977.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de mes meilleurs sentiments.

ROGER MARIER
Président

Table des matières

Le mandat du ministre des Affaires sociales: sa nature et les moyens mis en oeuvre par le Conseil 10

I Quelles ont été les propositions d'objectifs et de moyens de la réforme de la santé et des services sociaux? 11

1 Les données du problème 11
1.1 Les objectifs de la réforme 11
1.2 Les moyens de la réforme 12
1.2.1 La décentralisation 12
1.2.2 La participation 13
1.2.3 L'efficacité 14

2 Quelle a été l'expérience des conseils régionaux de la santé et des services sociaux? 14
2.1 La vocation des conseils régionaux de la santé et des services sociaux 14
2.2 Les rôles des conseils régionaux de la santé et des services sociaux 15
2.3 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et leurs commissions administratives 16
2.3.1 Commissions administratives: leur nature et leurs fonctions 16
2.3.2 Le vécu des CRSSS par l'intermédiaire des commissions administratives 16
2.3.3 Nouvel élan du mouvement de décentralisation 17
2.3.4 Les nouvelles commissions administratives et le projet de loi No 10 17

II Quelles sont les évaluations et les considérations qu'est en mesure de faire le CASF sur l'état actuel du processus engagé dans la régionalisation? 20

1 Considérations générales 20

2 Appréciation des efforts de décentralisation dans le domaine des affaires sociales 23
2.1 La notion de décentralisation 23
2.2 La loi et la décentralisation 23
2.3 Les accidents de parcours vécus par les CRSSS au début de leur existence 25
2.4 L'autonomie des établissements 26
2.5 Les difficultés de la participation 27
2.5.1 Graduel désintéressement ou désenchantement des citoyens 27
2.5.2 Dispositions légales relatives aux modes de représentation 28

III Quelles sont les conclusions et les recommandations qu'est amené à faire le CASF au ministre des Affaires sociales afin de permettre au MAS de franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux? 30

Conclusions et recommandations 30

1 Conclusions 30

2 Recommandations 31

A Sur le plan des principes 31

B Sur le plan des modalités d'application 32

Le mandat du Ministre des Affaires sociales: sa nature et les moyens mis en oeuvre par le Conseil

Au mois de septembre 1975, le ministre des Affaires sociales faisait part au CASF en assemblée de ses préoccupations relatives au phénomène de la régionalisation de la santé et des services sociaux. Les conseils régionaux (CRSSS) existent depuis plus de trois ans, disait-il. Ces organismes, conformément à la loi (ch. 48), visent à favoriser la participation du public à l'administration et au développement du réseau d'établissements des affaires sociales (hôpitaux, centres de services sociaux, centre d'accueil, centres locaux de services communautaires). Ils visent également à intensifier la coopération entre les établissements et à contribuer à l'évaluation des services qu'offre le réseau des affaires sociales.

Compte tenu de ces objectifs, le ministre des Affaires sociales estimait alors que le moment était venu de faire un premier bilan de l'apport des CRSSS à la régionalisation de la santé et des services sociaux et d'étudier la façon d'augmenter cet apport sans exclure la possibilité de modifier la loi (1).

Comme moyen de répondre à l'attente du ministre des Affaires sociales et en conformité avec la loi qui le régit, le CASF constituait, à sa 42ème réunion, tenue à Montréal le 15 octobre 1975, un comité spécial auquel il confiait le soin de mener à bonne fin l'exécution de ce mandat et de préparer un projet d'avis au ministre sur les étapes à franchir dans la régionalisation de la santé et des services sociaux.

Les membres désignés pour faire partie du comité spécial sur la régionalisation l'ont été sur la base de leur compétence, de leur expérience liée aux activités des différents milieux du réseau des affaires sociales et de leur valeur de représentation. Le CASF, pour sa part, désigna les personnes suivantes parmi ses membres:
En outre de M. Roger Marier, président du CASF et membre d'office du comité,
M. Robert Dean, président du comité spécial (2)
M. Danias Messier
Dr Antonine Paquin
M. Lucien Chevrette
M. Richard Sarrasin (3)

De plus, ont été nommés par le ministre, en conformité du 2ème paragraphe de l'art. 6 de la loi du CASF, et choisies en raison de leur expertise personnelle et de leur participation à des groupes intéressés à la question, les personnes qui ne sont pas comme telles membres du CASF et dont les noms suivent:

MM. Gilles Gaudreault (4) et Pierre Duguay, respectivement directeurs généraux des CRSSS du Montréal métropolitain et de la région de Trois-Rivières,
M. André Tétreault, de la Fédération des CLSC
M. J.-P. Bellemare, du milieu hospitalier.

Dès novembre 1975, le comité spécial, comme point de départ à sa réflexion, se fixa les objectifs suivants:

— dresser un premier bilan de l'apport des CRSSS dans le processus de régionalisation de la santé et des services sociaux;

— étudier les moyens d'augmenter cet apport par le regroupement des établissements, en vue de remédier à leur cloisonnement persistant et à la faiblesse de gestion d'un certain nombre d'entre eux.

Ce plan de travail a subi des modifications et des ajustements nombreux. Il a dû également être modifié en fonction de certaines initiatives gouvernementales (5), entre autres celle qui prévoyait, par voie de directives gouvernementales aux conseils régionaux, la création de commissions administratives d'un type nouveau, relatives non plus à la gestion, mais au développement et à la programmation de services et assorties de certains pouvoirs décisionnels (6). Enfin, les difficultés à cerner la «réalité régionale» et à formuler un concept précis qui puisse la traduire

(1) Communiqué de presse. Cabinet du ministre des Affaires sociales, Québec, 11 septembre 1975

(2) M. Robert Dean démissionna du CASF en octobre 1976

(3) M. Richard Sarrasin remplaça M. Robert Dean à titre de président du comité spécial

(4) M. J.-C. Deschênes, successeur de M. Gilles Gaudreault au poste de directeur général du CRSSS Montréal métropolitain, fut invité à participer aux deux dernières séances de travail du comité.

(5) Avis intérimaire au ministre des Affaires sociales, relatif à la composition des conseils d'administration et des commissions administratives des CRSSS (oct. 1976).
Avis au ministre des Affaires sociales, relatif aux art. 6 et 38 du projet de loi No 10 modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux (mai 1977)

(6) MAS, Décentralisation des activités du ministère des affaires sociales, mars 1977.

adéquatement expliquent les tâtonnements de la démarche intellectuelle et les remises en question du cadre de la réflexion. Le moment est venu, toutefois, de présenter le rapport-synthèse de ces travaux.

Le Conseil a fait l'étude du rapport-synthèse des travaux de son comité spécial, a participé à l'évaluation des données et a formulé des considérations qui ont permis de tirer des conclusions et de faire des recommandations. La présente étude et les avis qui en font partie ont été formellement adoptés par le CASF le 23 novembre 1977.

Partie I

Quelles ont été les propositions d'objectifs et de moyens de la réforme de la santé et des services sociaux?

I Quelles ont été les propositions d'objectifs et de moyens de la réforme de la santé et des services sociaux?

1 Les données du problème

La commission d'enquête Castonguay-Nepveu, créée en 1967 par le gouvernement du Québec, proposait, à la suite de ses travaux, échelonnés sur plusieurs années, une réforme en profondeur de l'organisation de la santé et des services sociaux. À cette réforme, elle indiquait des objectifs et proposait des moyens de la réaliser dans la perspective d'une politique globale de la santé qui vise aussi bien l'état de santé de la population que son milieu ambiant.

1.1 Les objectifs de la réforme

Pour les auteurs du projet de la réforme de la santé et des services sociaux, un des objectifs fondamentaux est d'améliorer l'état de santé physique et mentale de la population. Cela inclut, non seulement la thérapeutique physique et mentale, mais aussi la prophylaxie et, au besoin, la réadaptation. La santé y est alors envisagée comme un des éléments de l'équilibre écologique entre l'homme et le milieu dans lequel il évolue. Par cette politique de la santé, on doit donc chercher, avant tout, à instaurer un régime complet fondé sur une conception globale de l'homme. Le nouveau régime le sera, disent les auteurs de la réforme, dans la mesure où cette conception inspirera une réorganisation de la distribution des soins intégrée aux autres secteurs de la vie collective qui affectent et déterminent le développement de l'individu.

À cette conception globale de l'homme, doit correspondre une médecine globale qui assure une plus large intégration fonctionnelle des soins. Cette intégration met l'accent sur les trois (3) caractéristiques d'une médecine globale à savoir: soins complets, continus et personnels. La possibilité, en effet, pour tout individu, d'obtenir la gamme complète des soins, de la prévention à la réadaptation, du point de vue socio-économique comme du point de vue médical, de même que leur continuité tout au long de la vie, peu importe l'endroit où il se trouve, à domicile, au travail ou dans un établissement, apparaît comme le fondement nécessaire à une médecine globale.

Mais si soigner c'est traiter une personne, sa maladie et ses symptômes, c'est aussi agir sur son milieu, afin d'assurer un climat favorable à la santé. À cette fin, l'ensemble des services de santé doit s'attaquer aux sources des maladies, quelles qu'elles soient, par le contrôle qu'il exerce sur le milieu à des fins sanitaires. S'il ne lui appartenait pas de façon immédiate d'améliorer l'habitat, le milieu de vie, le genre de vie, responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences écologiques et des sciences socio-économiques, il doit en revanche intervenir de façon énergique dans le dépistage et la prévention des maladies elles-mêmes autant sinon plus qu'au stade curatif; il doit aussi assurer l'éducation sanitaire de la population et l'information sur les déséquilibres biophysiques ou sociaux qui mettent en péril la santé.

Pour atteindre ces objectifs généraux, il faut établir un régime de santé qui offre des soins de qualité accessibles, continus, bien adaptés aux besoins de la population et au meilleur coût possible. C'est là, pour l'essentiel, les objectifs poursuivis par la réforme de la santé et des services sociaux:

— **L'accès universel aux soins** sera assuré le jour où ne seront privés d'aucun soin tous ceux qui habitent des régions mal deservies en équipements sanitaires ou en personnel, qui ont des ressources pécuniaires limitées ou qui, faute d'éducation sanitaire, ignorent encore les mesures les plus élémentaires d'hygiène.

— **La qualité des soins,** pour sa part, s'établira sur les plans scientifique, individuel et social. Sur le plan scientifique, la qualité des soins repose sur le maintien de normes généralement acceptées au sein de la profession. Le maintien de ces normes implique une correspondance entre le système d'enseignement et une formation selon les principes d'une médecine globale qui assure le renouvellement permanent des connaissances et favorise l'utilisation des nouvelles connaissances dans l'exercice professionnel. **Pour l'individu,** la qualité des soins corres-

pond à une perception différente: il réclame des soins qui tiennent compte de sa psychologie, de ses anxiétés et de la perception qu'il se fait de ses besoins. Ainsi, la satisfaction de ces éléments importants constitue-t-elle la mesure même de son appréciation de la qualité des soins et des services qui lui sont prodigués. Quant au plan de la société, la qualité des soins est fonction de l'amélioration du niveau de vie et, implicitement, de son incidence sur l'état satisfaisant de santé de la population et du milieu ambiant.

1.2 Les moyens de la réforme

De tels objectifs, pour ambitieux et inaccessibles qu'ils puissent paraître, appellent une remise en question des idées et des habitudes traditionnelles dans la façon de concevoir et d'organiser le régime de distribution des soins et des services ainsi qu'une réforme administrative en profondeur de l'appareil bureaucratique qui lui sert de cadre. À cet effet, la commission Castonguay-Nepveu privilégie deux instruments essentiels, soit la décentralisation sous forme de régionalisation et la participation active de la population et de tous les agents du réseau des affaires sociales.

1.2.1 La décentralisation

La commission Castonguay-Nepveu affirme certains principes directeurs reliés à la décentralisation:

— décentralisation des **décisions** de façon à ce qu'elles soient prises en fonction des besoins de chacune des régions sanitaires du territoire;

— participation de la population au régime de manière à adapter ce dernier aux besoins changeants,

— **autonomie** des organismes du régime de manière à permettre un ajustement des objectifs de ce dernier aux ressources affectées à son fonctionnement.

Ces principes devaient se concrétiser à travers les paliers administratifs centraux, régionaux et locaux par la répartition des tâches de manière telle que l'on puisse affirmer que le système proposé était décentralisé. Cette perception des commissaires a, toutefois, connu en pratique de nombreuses tentatives de concrétisation.

— À cette réforme des services de santé et des services sociaux, il fallait un cadre légal afin de permettre la réalisation des objectifs et des moyens proposés.

— C'est ainsi qu'un premier projet de loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux portant le numéro 65 fut déposé et soumis aux délibérations de la commission parlementaire des affaires sociales en juillet 1971. Ce projet de loi proposait, entre autres, la création d'offices régionaux des affaires sociales (ORAS) dotés d'importants pouvoirs administratifs.

— Le ministère des Affaires sociales se départit de certains de ses pouvoirs au profit des offices régionaux; c'est lui qui agrée les offices, mais ceux-ci sont chargés par la suite d'autoriser la création de nouveaux établissements et, aussi, de leur prescrire des normes administratives de régie. Les offices obtiennent également des pouvoirs de surveillance des établissements. Enfin, le ministère leur confie des pouvoirs de gestion budgétaire, de répartition des sommes d'argent entre les établissements dans le cadre des programmes régionaux qu'ils auront élaborés. Dans l'ensemble, ce premier projet de loi constitue une ouverture de l'appareil administratif sur le milieu par voie de décentralisation et par une plus directe association des publics du ministère (groupes, établissements) à la formulation des choix publics en matière de santé et de services sociaux. Cette accessibilité est consacrée par le principe de la représentation de ces publics au sein des organismes qui commandent le réseau, dont font partie les offices régionaux.

— La discussion du projet gouvernemental, effectuée en commission parlementaire et reproduite par les media d'information, devait révéler l'influence des jeux politiques et une opposition substantielle de la part des corporations professionnelles et des établissements de santé et des services sociaux eux-mêmes à la perte ou à la diminution de l'autonomie dont ils avaient joui jusque-là. Sensible à ces pressions, le gouvernement de l'époque a dû céder et accepter des modifications au cadre législatif en privilégiant l'autonomie des établissements et en proposant des étapes de réalisation, échelonnées dans le temps, à son projet de régionalisation. C'est ainsi que, dans une nouvelle version, le projet de la loi des services de santé et des services sociaux, adopté en décembre 1971 et qui constitue le chapitre 48 des lois de 1971, les offices régionaux (ORAS) sont devenus des organismes

consultatifs régionaux dépourvus de pouvoirs de surveillance, de réglementation et d'enquête à l'endroit des établissements. Par ailleurs, la loi leur confère des fonctions consultatives auprès de ceux-ci dans la promotion de services communs et dans l'élaboration de leurs plans de développement. Par contre, la loi prévoit que les conseils régionaux pourront recevoir des mandats ministériels spécifiques.

— La loi des services de santé et des services sociaux devait, toutefois, retenir les dispositions de la première version du projet de loi sur la participation, celle des usagers, celle des personnels et des professionnels d'un établissement en particulier et celle des établissements avec lesquels un établissement entretient des relations de complémentarité et de collaboration. La composition des conseils régionaux reflète l'éventail des populations invitées à y participer: chacune des catégories d'établissements, les CEGEP, les universités, les groupes socio-économiques les plus représentatifs d'une région, en plus des quatre (4) personnes élues par les maires.

Le chapitre 48 des lois de 1971 consacre une structure plus centralisée qui donne aux régions le pouvoir de définir leurs besoins, mais non celui de prendre tous les moyens nécessaires pour les combler. Il est alors évident que l'État trouve nécessaire d'atténuer les pouvoirs des conseils à l'intérieur du réseau des affaires sociales. Il ne leur laisse aucune autorité sur les établissements. Par contre, les CRSSS deviennent plus perméables aux demandes et aux besoins de la population. Alors que la commission d'enquête avait jugé nécessaire d'offrir aux publics, autres que les établissements, des mécanismes par lesquels ils pouvaient s'exprimer, en l'occurrence des conseils régionaux issus de ces publics, et aux établissements, des offices régionaux à vocation gestionnaire, la loi des services de santé et des services sociaux donne une majorité de membres aux établissements dans les conseils d'administration des CRSSS, tout en leur confiant des rôles vis-à-vis de la population.

1.2.2 La participation

Dans l'esprit des artisans de la réforme des services de santé et des services sociaux, la participation la plus large possible de la population et des établissements en constituait le pilier central et le gage le plus indispensable de son efficacité. En effet, la planification du développement social, comme celle du développement économique, ne peut se réaliser par la seule impulsion des administrations centrales sans la participation des administrés. S'il est admis que la définition des grands objectifs nationaux en matière de santé relève des institutions politiques, il importe que ce processus de définition ne se déroule pas en vase clos. Il appelle la participation de tous les individus et de tous les établissements intéressés.

C'est pourquoi, conscient de cette nécessité, le législateur a inscrit dans la loi des mécanismes de représentation conformes à l'idéologie de participation, fidèle à cet égard, aux recommandations de la commission d'enquête. Au caractère public et autonome des établissements du réseau des affaires sociales, il a lié la notion de participation accrue de secteurs de la population peu habitues à être associés à leur administration. C'est ainsi que, dans les CLSC, la population des usagers a droit d'élire cinq (5) membres sur onze (11). Dans le même ordre de préoccupation, le législateur a autorisé les maires des municipalités à désigner au conseil d'administration du CRSSS de leur territoire un nombre déterminé de personnes parmi leurs commettants.

Cette nouvelle forme de participation correspondait à la notion explicitée par la commission Castonguay-Nepveu, d'établissements ouverts, sur les besoins de la population en lieu et place d'établissements repliés sur eux-mêmes et coupés de leur milieu. C'est ainsi que, par ce mécanisme de participation, on a pu provoquer l'ouverture des établissements et y voir siéger, aux conseils d'administration, des représentants des personnels, des universités et des CEGEP, comme dans le cas des CRSSS.

À cette représentation des groupes nouveaux, au sein des conseils d'administration des établissements, le législateur a ajouté une nouvelle forme de représentation, soit celle des autres établissements avec lesquels un établissement donné devait établir des coordinations. C'est ainsi que les CRSSS comptent, parmi les membres de leur conseil d'administration, des représentants des CLSC et des CSS; qu'au conseil d'administration des CLSC siègent des représentants des hôpitaux et des CSS. Par cette forme de représentation, le chapitre 48 visait à faire cesser entre les établissements un cloisonnement dommageable et une certaine concurrence parfois contraires au bien commun et à faciliter les coordinations souhaitables.

1.2.3 L'efficacité

Un des objectifs de la décentralisation, et non le moindre, réside dans une plus grande efficacité de rendement du régime de distribution de soins de santé et de services sociaux. En effet, l'existence d'un palier régional, par son rôle de planification des besoins régionaux, de programmation et de coordination des soins, peut assumer, au bénéfice des centres de santé et de services sociaux, un rôle de soutien valable dans la recherche d'une plus grande efficacité. Cette dernière sera plus accessible par la coordination, rendue possible et presque inévitable, des décisions qui concernent plus d'un centre de santé et de services sociaux d'une même région et qui doivent être prises à la lumière d'une certaine complémentarité des vocations des établissements.

2 Quelle a été l'expérience des conseils régionaux de la santé et des services sociaux?

Dès la sanction, en décembre 1971, de la loi des services de santé et des services sociaux, le ministère des Affaires sociales en entreprend l'application par la mise sur pied d'un groupe ministériel spécialement chargé de conduire les opérations d'implantation des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Par cette démarche, le MAS voulait associer étroitement les agents les plus représentatifs de chaque région à l'opération de la mise sur pied de tels conseils régionaux. Après de nombreux accidents de parcours, suscités en particulier par les aspects nouveaux et particuliers de l'opération auxquels étaient loin d'être habitués les fonctionnaires et, aussi, par le manque de préparation des régions à intégrer de tels organismes, la «mission» spéciale du MAS procédait à la mise sur pied de onze (11) conseils régionaux. Un douzième (12ème) CRSSS, couvrant le territoire de la Baie James et le Nouveau-Québec, est venu s'ajouter par la suite.

Le MAS, pour sa part, avait dû réconcilier sa propre conception de la décentralisation et de ses modalités fondée, en grande partie, sur les recommandations du rapport Castonguay-Nepveu, avec les compromis implicites dans la loi. C'est le ministre Claude Castonguay, lui-même, qui indiquait, lors de sa tournée des conseils régionaux à l'automne 1972, que les CRSSS n'étaient pas des organes décentralisés, mais «qu'après un certain temps, lorsqu'ils auraient appris à fonctionner, ils pourraient graduellement changer d'orientation et détenir certains pouvoirs d'exécution». La décentralisation n'avait donc pas été enterrée définitivement. Considérée comme une absolue nécessité par la commission d'enquête, mais encore trop éloignée du vécu politique du secteur des affaires sociales pour être instaurée rapidement, on a préféré la mettre en veilleuse. Il n'y a qu'à se rappeler la flambée de résistances que le dépôt du premier projet de loi avait suscitée. Résistance d'abord de la part de certains représentants gouvernementaux qui jugeaient que la réforme du secteur santé et des services sociaux impliquait un investissement de ressources financières et humaines tel qu'il aurait été imprudent de s'engager concurremment dans un processus de décentralisation. Résistance, également, de la part des établissements, afin de protéger leur autonomie déjà passablement entamé par la succession de réformes qui secouaient alors le monde des affaires sociales. Toutes ces raisons militaient donc en faveur d'une remise en question prudente et très progressive des structures traditionnelles et préparaient la naissance des conseils régionaux de la santé et des services sociaux tels que nous les connaissons maintenant.

2.1 La vocation des conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Le MAS accordait une grande importance aux conseils régionaux. Malgré les compromis nécessaires auxquels il avait dû consentir et malgré les résistances qui le confrontaient, la mise sur pied de conseils régionaux soulevait de grands espoirs en termes d'ouverture sur une véritable et progressive décentralisation. Il apparaît au ministère que le fondement de l'action des conseils régionaux auprès des établissements et du ministère lui-même repose sur le postulat que leur degré d'excellence et d'objectivité leur méritera l'attention et la collaboration des uns et des autres. C'est pourquoi on aurait tort de les dissocier du contexte général de la loi, dont l'esprit et les objectifs les font apparaître comme des instruments indispensables à la réalisation d'une meilleure distribution et d'une utilisation plus rationnelle des ressources. Présents dans chaque région, en effet, ils y deviennent une sorte de rappel permanent de la décentralisation à faire, une sorte de conscience régionale et de moteur, par la participation concertée et l'animation effectuée auprès des établissements. D'ailleurs, la représentation majoritaire de ces derniers aux conseils d'administration des CRSSS est, à elle seule, un signe que les conseils devront faire porter la plus grande par-

tie de leurs efforts sur l'amélioration du fonctionnement et de l'efficacité des centres de services dans le réseau des affaires sociales.

Il s'agira, en somme, pour les conseils, compte tenu des ressources disponibles dans leur région et des politiques du ministère, de traduire en termes régionaux les moyens à prendre sur leur territoire pour que les établissements contribuent localement à l'amélioration croissante de leurs services et d'en faire valoir les avantages et le bien-fondé auprès de ceux-ci.

En regard du ministère, d'autre part, les conseils régionaux pourront devenir des interlocuteurs privilégiés en matière de priorités régionales. Car s'il est possible et nécessaire de concevoir des politiques générales d'ensemble en fonction de grands objectifs, ces politiques doivent ensuite s'ajuster à la diversité des régions et correspondre, dans leur application, à la réalité régionale. Par l'intermédiaire de conseils régionaux, les mesures prioritaires que pourraient réclamer des situations assez différentes d'une région à l'autre, quant à l'incidence des maladies et des problèmes sociaux, quant à l'équipement sanitaire et social disponible, aux effectifs en place, à l'étendue du territoire et à sa densité, aux particularismes de sa géographie, etc... pourraient être mieux comprises par le MAS et la voix des régions s'exprimer avec plus d'autorité.

Les conseils régionaux étaient ainsi appelés à jouer un rôle, à bien des égards, essentiel pour la réalisation des objectifs proposés par la loi. En les constituant en corporation autonomes qui devenaient un instrument du milieu dans chaque région et en faisant un moteur privilégié de participation, l'État n'a fait que manifester jusqu'à quel point cette participation était maintenant devenue essentielle à l'adaptation des services aux besoins de la population.

2.2 Les rôles des conseils régionaux de la santé et des services sociaux

L'article 16 de la loi des services de santé et des services sociaux confère des fonctions aux conseils régionaux qu'on peut ranger en quatre (4) grandes catégories:

— la promotion de la participation,
— la protection des droits de l'usager,
— l'amélioration du rendement et de l'efficacité des établissements,
— la recherche d'une meilleure répartition des ressources sur le territoire.

La promotion de la participation

De par sa nature même d'organisme de participation, le conseil régional se devait de susciter l'intérêt et la participation du plus grand nombre à la définition des besoins en matière de santé et de services sociaux, et de provoquer la venue aux conseils d'administration des établissements de personnes représentatives de leur milieu.

La protection de droits de l'usager

Le conseil régional se trouvait, aux termes de la loi, investi du rôle de protecteur des droits de l'usager en matière de services de santé et de services sociaux. En effet, il lui appartenait de recevoir et d'entendre les plaintes des personnes auxquelles un établissement n'aurait pas fourni les services de santé et les services sociaux que la loi leur donne droit de recevoir.

L'amélioration du rendement et de l'efficacité des établissements

Cette responsabilité, confiée aux conseils régionaux, procédait d'une préoccupation constante relative à la hausse croissante des coûts dans les secteurs de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi le législateur attendait beaucoup des conseils régionaux au chapitre de la réduction des coûts en leur confiant la responsabilité de conseiller, d'assister et d'inciter les établissements en vue de promouvoir la mise en place de services communs, l'échange de services entre eux et l'élimination de dédoublements de services aussi coûteux qu'inutiles. Les conseils régionaux devaient également s'inspirer d'expériences heureuses menées par plusieurs établissements en vue de réduire les coûts par la mise en commun de certains services auxiliaires et l'application de politiques collectives d'achat susceptibles de conduire à des économies.

La recherche d'une meilleure répartition des ressources sur le territoire

C'est là une fonction de péréquation intra-régionale que la loi confiait aux conseils régionaux. Les recommandations soumises sous ce rapport ne feront que découler de l'ensemble des activités du conseil régional. Elles seront fonction, aussi bien du jugement objectif qu'il aura su porter sur les demandes des établissements, que des priorités identifiées par le conseil lui-même. Les propositions du CRSSS pourront porter sur une grande variété de choses à faire, comme proposer des modifications

quant à la vocation d'un établissement, favoriser un site donné pour l'implantation d'un service projetée par le ministère ou proposer la fusion d'établissements.

2.3 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et leurs commissions administratives

2.3.1 Commissions administratives: leur nature et leurs fonctions

L'ensemble des fonctions et des responsabilités que la loi attribue aux conseils régionaux réfère aux relations que ceux-ci doivent établir et maintenir vis-à-vis de la population, des établissements et du ministère. Par rapport aux relations avec ce dernier, l'article 16d de la loi stipule que le CRSSS doit «assumer les fonctions que lui confie le ministre pour l'exécution de certains programmes». Cette disposition a été largement utilisée par tous les titulaires du ministère des Affaires sociales sous la forme de mandats spéciaux relatifs à des objectifs bien précis et qui venaient s'ajouter aux mandats déjà contenus explicitement dans la loi et à ceux qui émanent des établissements eux-mêmes.

L'exécution de ces mandats a permis aux CRSSS de mettre à l'épreuve un moyen leur permettant de s'en acquitter à la satisfaction de tous les intéressés. D'où est né un mécanisme désigné sous le nom de «commission administrative». Celle-ci remplit deux (2) fonctions importantes face à l'obligation d'exécuter un mandat:

— elle subordonne, sans la nier, l'autonomie des établissements à la rationalité du développement et du fonctionnement des services de santé et des services sociaux en regard des besoins d'une population régionale;

— elle permet aux CRSSS de déléguer l'exercice de certains pouvoirs en y associant les représentants des établissements eux-mêmes et de la population.

La commission administrative ainsi perçue réalise une espèce de regroupement territorial concerté des énergies, des compétences administratives et des ressources humaines et financières en vue de la poursuite d'objectifs clairement identifiés et librement acceptés. De plus, par la participation directe des établissements, elle permet d'obtenir des résultats analogues aux fusions d'établissements sur le plan des économies d'échelle et sur le plan de la coordination, sans pour autant supprimer la personnalité de chacun des établissements. C'est là, il faut le reconnaître, une valeur à préserver, surtout si l'on se préoccupe de participation communautaire. Par ailleurs, la commission administrative qui remplit une fonction bien déterminée empêche le CRSSS de se transformer graduellement en une sorte de ministère régional des affaires sociales; elle permet, par conséquent, d'éviter la formation d'un palier intermédiaire de décision dont personne n'a besoin entre l'établissement et le ministère.

2.3.2 Le vécu des CRSSS par l'intermédiaire des commissions administratives

À la suite de leur création, les CRSSS n'apparaissent pas s'être engagés dans l'analyse de dossiers de planification et dans la formulation de recommandations en synchronisme avec le ministère. D'autre part, les initiatives ministérielles comportant des implications régionales n'ont parfois pas été précédées de consultations appropriées. Une meilleure concertation des actions ministérielles et de l'action régionale s'est vite imposée. Elle a su s'exprimer par une plus grande participation régionale dans le cheminement des plans de développement des services sur une base quinquennale et par la formulation d'un certain nombre de mandats spécifiques dont l'exécution prévoyait la création de commissions administratives correspondantes.

Antérieurement à cette pratique des mandats spécifiques, certaines initiatives avaient été prises par l'Association des hôpitaux du Québec. En effet, bien avant l'adoption de la loi de 1971, celle-ci avait réussi à mettre sur pied, avec la collaboration d'un certain nombre d'hôpitaux, des mécanismes de services en commun et, plus particulièrement, dans le domaine des achats. De son côté, le MAS, par mandat spécifique, demandait aux CRSSS, dont l'existence ne remontait alors qu'à cinq (5) mois, d'élaborer un système régional de services d'urgence, impliquant trois (3) dimensions: les services ambulanciers, les cliniques d'urgence et les communications. Dans le cadre de ce mandat, le ministre demandait aux CRSSS d'implanter les recommandations retenues et autorisées par le ministère.

Par la suite et dans la même poussée de décentralisation, le MAS confiait aux CRSSS, par mandat, d'établir, après consultation avec les établissements, un système régional d'achats de groupe. Vint ensuite un mandat plus ambitieux que les précédents aux termes duquel les CRSSS se voyaient confier la responsabilité de l'attribution de projets de cinquante mille dollars ($50 000) et moins pour fins de

rénovations et réparations des établissements. Une responsabilité analogue fut, par la suite, attribuée aux CRSSS par rapport au financement des immeubles et de l'équipement des centres hospitaliers publics dont le coût était inférieur à un million ($1 000 000).

2.3.3 Nouvel élan du mouvement de décentralisation

Le mouvement de décentralisation était donc nettement engagé. Mais il devait connaître, récemment, un nouvel élan. En effet, les CRSSS se sont vu confier, par voie de directive en mars 1977, la responsabilité des dossiers suivants devant donner lieu à la création de quatre (4) nouvelles commissions administratives. Ces dossiers prioritaires portaient sur:

— l'organisation et la coordination des services psychiatriques de courte et de longue durée;

— l'implantation, le développement et la consolidation du réseau des CLSC;

— la coordination et la transformation progressive du réseau des services offerts aux mésadaptés sociaux;

— l'allocation des budgets d'immobilisation de moins de deux cent cinquante mille ($250 000) et de tous les équipements des centres d'accueil, des centres de services sociaux et des CLSC.

Quant aux établissements eux-mêmes, les modalités de décentralisation des locations, des plans d'organisation, des effectifs et des budgets sont à l'étude, à ce moment là (1).

Les pouvoirs accordés aux quatre (4) nouvelles commissions administratives sont plus étendus que ceux dévolus aux commissions administratives précédentes. Elles sont dotées, en effet, d'un véritable pouvoir de programmation à l'échelle régionale. Ces commissions voient notamment à ce que les services qu'elles chapeautent soient dispensés à l'ensemble des bénéficiaires d'une région; elles doivent assurer la complémentarité des fonctions entre les divers établissements et identifier les besoins régionaux en matière de ressources. De plus, elles ont le pouvoir de procéder à la réallocation des ressources de manière à assurer une meilleure équité dans la distribution des services. Enfin, bien que l'autorité première sur les budgets soit maintenue au MAS, ce sont les commissions administratives qui décideront de quelle façon les sommes alloués seront partagées entre les établissements.

Quant à la composition de telles commissions administratives, il est prévu une représentation majoritaire des établissements directement concernés par l'objet de la commission. De plus, les établissements indirectement impliqués sont également représentés, mais en minorité. Pour sa part, le CRSSS a un représentant sans droit de vote au sein de ces commissions. Le CRSSS, par son conseil d'administration, conserve le droit d'entériner ou non les décisions de ces commissions administratives.

2.3.4 Les nouvelles commissions administratives et le projet de loi No 10

Pour répondre aux représentations, maintes fois exprimées par les CRSSS eux-mêmes, le ministre propose, par son projet de loi No 10, de consacrer dans les textes législatifs l'existence et le mode de création et de composition de ces commissions administratives. Ces modifications à la loi permettraient aux commissions administratives, dans l'exercice de leur mandat conformément aux règlement adopté par les CRSSS, quant à leur composition et à leurs procédures de décision, d'engager la responsabilité des CRSSS, à moins qu'il n'y ait appel de leurs propres décisions.

(1) Document intitulé: Décentralisation des activités du MAS. Mars 1977, ministère des Affaires sociales.

Partie II

Quelles sont les évaluations et les considérations qu'est en mesure de faire le CASF sur l'état actuel du processus engagé dans la régionalisation?

II Quelles sont les évaluations et les considérations qu'est en mesure de faire le CASF sur l'état actuel du processus engagé dans la régionalisation?

1 Considérations générales

C'est dans le cadre de l'évolution historique de la société québécoise qu'il faut situer la réforme des services de santé et des services sociaux, préconisée par la commission Castonguay-Nepveu, pour en saisir toute la portée et en apprécier les difficultés.

1.1 Pour bien comprendre le phénomène des résistances et des inquiétudes qu'a suscitées la réforme des services de santé et des services sociaux, il faut se rappeler qu'elle touchait à deux (2) secteurs d'activités, la santé et le service social, traditionnellement liés chez nous aux églises et à différents groupes privés. L'État ne jouait alors qu'un rôle mineur. Un tel système avait donné lieu à une extraordinaire prolifération de juridictions et de programmes qui manquaient d'unité et de cohésion. Vouloir y mettre de l'ordre risquait de heurter les intérêts, les pratiques et les idéologies des groupes auxquels étaient dévolues les fonctions santé et service social. Aussi, il ne faut pas s'étonner de voir des ilôts de résistence et d'inquiétude surgir et s'affirmer lorsqu'au début de la présente décennie de nouvelles élites prirent l'initiative de proposer un nouveau réaménagement des services de santé et des services sociaux. Pour sa part, la population, habituée à considérer ces secteurs d'activités du ressort exclusif des églises et des groupes privés, aura l'impression de commettre une indiscrétion en s'y intéressant même de façon très prudente et réservée lorsqu'elle sera invitée à participer à leur orientation et à leur gestion. Il était devenu assez évident qu'une réforme en profondeur des services de santé et des services sociaux s'imposait comme un des pôles essentiels et indispensables à l'élaboration des grands projets d'avenir de la société québécoise.

1.2 Au début du siècle, la société misait sur l'apport d'une élite pour réaliser ses projets de développement économique, social et culturel. Aujourd'hui, dans les sociétés industrielles avancées, on table de plus en plus sur la démocratisation des structures. C'est ce qu'ont bien compris les artisans de la réforme des services de santé et des services sociaux en fondant leur action sur les impératifs de la société contemporaine, en opposition à la société traditionnelle. À partir de leur analyse du type de société dans lequel le Québec vit et de ses exigences, ils ont ainsi voulu proposer un projet de réforme caractérisé essentiellement par une plus grande ouverture sur les institutions par la décentralisation et par une plus grande ouverture sur les individus par la participation.

1.3 À ce propos, il n'est pas inutile de rappeler qu'au moment où s'amorce la «révolution tranquille», au début des années 60, la société québécoise, dans son ensemble, était toute disposée à accepter de plus en plus l'intervention de l'État dans le domaine des affaires sociales, domaine réservé, depuis toujours, au secteur privé. L'ampleur des problèmes sociaux et l'évolution même des problèmes sociaux devaient entraîner inévitablement l'intervention graduelle de l'État et l'accroissement de ses pouvoirs effectifs sur ce secteur d'activités en vue du bien commun.

Avant cette période, où l'on voit l'État jouer un rôle de plus en plus actif dans le domaine des affaires sociales, le Québec vivait sous le régime d'institutions privées de type décentralisé. La répartition et le partage des pouvoirs étaient clairement établis. À l'État, il n'était demandé qu'une participation limitée à titre d'apport monétaire au financement des institutions largement assuré par le secteur privé. Un tel régime possédait le grand mérite de convenir parfaitement à la sorte de société qu'était la nôtre à cette époque où fleurissaient l'individualisme et l'initiative privée et où il était encore possible aux collectivités locales d'assumer leurs responsabilités sociales sous l'autorité vigilante et quelque peu possessive des églises. De son côté, l'État s'était bien gardé d'intervenir dans ce domaine au-delà de ce qu'il lui était demandé de peur d'être taxé d'entretenir des visées socialisantes ou de faire naître des soupçons quant à sa foi dans l'entreprise privée.

Une telle organisation caractérisée surtout par la présence d'un côté d'hôpitaux administrés par des communautés religieuses et de l'autre par des agences sociales privées administrant des fonds en provenance de l'État, en grande partie, répondait à une certaine forme de besoins et comportait de réels avantages. D'un côté, l'État n'avait pas à s'attribuer des fonctions pour lesquelles il n'était pas préparé et contre lesquelles il se défendait bien. De l'autre, le secteur privé a pu ainsi accélérer son rythme de croissance et occuper, en définitive, un terrain vers lequel il se dirigeait historiquement.

Mais l'éclatement des structures sociales traditionnelles du Québec, au début des années 60, devait modifier en profondeur le rapport des forces en présence, soit l'État «absent» et pourvoyeur quasi anonyme de fonds publics et les organismes privés distributeurs des soins et des services. À la suite de changements économiques et sociaux, comme l'industrialisation accélérée, l'urbanisation, le déclin de l'agriculture et la transformation de la vie familiale, la société québécoise devint plus sensible à la transformation de la nature et du degré de gravité des problèmes sociaux. De plus, l'écart entre la participation financière du secteur public et du secteur privé apparut comme une évidence qu'aucune philosophie politico-sociale ne pouvait dissimuler plus longtemps. La remise en question du financement et de l'organisation du réseau de distribution de soins et de services dans le secteur des affaires sociales prit l'aspect d'une impérieuse nécessité, en dépit des craintes du secteur privé, à voir modifier ses attributions traditinnelles auxquelles il demeurait fortement attaché. Mais l'augmentation considérable des coûts et la venue d'une clientèle sans cesse croissante devaient produire l'effritement du secteur privé et l'éveil de l'État au nouveau rôle que la situation lui commandait d'assumer. C'est alors que l'on vit la théorie du rôle supplétif de l'État, notion fondamentale de la philosophie sociale officielle et partagée également par le secteur public et le secteur privé, remise en question à la lumière des faits nouveaux que provoquait l'évolution sociale de la société québécoise.

Malheureusement, l'État était mal préparé et insuffisamment équipé à bien remplir ce nouveau rôle que l'évolution sociale du Québec lui indiquait. En effet, pendant de nombreuses années, comme nous l'avons vu, les responsables de l'administration provinciale ne s'étaient pas suffisamment préoccupés d'appliquer les réformes qui s'imposaient, n'attribuant à l'État qu'un rôle ancillaire et supplétif dans le domaine économique et social. Cette absence de politiques gouvernementales s'attaquant vraiment aux racines des problèmes sociaux constituait pour l'État, au début des années 60, un obstacle majeur à l'exercice de ce nouveau rôle qu'il se devait d'exercer sous la pression des changements sociaux qui se dessinaient dans toutes les sphères de la société québécoise.

C'est pourquoi, dans un premier temps et avant toute autre tâche, l'État dut s'attaquer au problème de la formulation d'une politique générale de développement à partir d'objectifs destinés à apporter les correctifs nécessaires, soit une croissance économique mieux équilibrée, un niveau d'éducation accru, le plein emploi, la réorganisation agricole, etc... Ces objectifs, toutefois, nés d'une conception nouvelle du rôle de l'État devaient être traduits en politiques sectorielles concrètes. Pour y arriver, l'État devait se donner un appareil bureaucratique centralisé, dynamique et renouvelé. Ce n'était pas là une mince tâche si l'on songe à la sorte de relations qui existaient alors entre l'État et les administrés à travers l'appareil politico-bureaucratique en place.

Le début des années 60 est donc caractérisé principalement par l'édification d'un appareil gouvernemental d'un nouveau type, fortement centralisé et hautement hiérarchisé, rendu possible par l'attrait qu'a su créer, auprès d'une certaine élite intellectuelle et professionnelle du Québec, une nouvelle conception de l'exercice du pouvoir politique. Par le transfert progressif de l'ensemble des pouvoirs régionaux et locaux au profit de cette bureaucratie nouvellement édifiée, le pouvoir politique se dotait d'un pouvoir auxiliaire considérable et global, mais indispensable à l'exercice des fonctions qu'il considérait comme essentielles au développement de l'État québécois. Dans tous les secteurs d'activités, que ce soit dans le domaine économique, social, éducationnel ou culturel, l'appareil bureaucratique se voyait investi de la responsabilité de traduire la volonté politique de l'État et les objectifs qu'elle visait en termes de politiques et de programmes concrets et sectoriels sur la base du principe de l'égalité des chances et de l'accessibilité pour tous, en dépit des disparités régionales et de l'inégalité des classes sociales.

L'urgence et l'ampleur des tâches confiées à l'appareil bureaucratique étaient telles, à cette époque, qu'elles nécessitaient la mobilisation, l'évaluation et l'utilisation maximale des effectifs de la fonction publique en place, mais aussi l'injection massive de nouveaux effectifs de qualité supérieure. L'organisation d'un tel appareil bureaucratique conduit forcément à une grande complexité. Il en découle plusieurs conséquences:

— Le recrutement et la formation de corps spécialisés de fonctionnaires s'imposent. Les membres de ces groupes se retrouvent concentrés à l'intérieur d'unités administratives qui assument un pouvoir dans le cadre des activités qui leur sont propres. Chaque unité administrative est

dirigée par un ministre, représentant politique du pouvoir de l'État et image de la participation au pouvoir global, et d'un sous-ministre, homme charnière entre le pouvoir politique et l'administration des programmes gouvernementaux.

— Chaque corps de fonctionnaires, organisé en unités administratives, connaît une vie particulière, avec ses contraintes et ses privilèges, sans contact avec la population. La responsabilité ministérielle, d'une part, ajoutée à l'anonymat et au secret qui s'attachent à l'exercice de leurs fonctions protègent les fonctionnaires contre d'éventuels recours. De plus, les soucis de carrières et de préséances à l'intérieur du système risquent, parfois, de prendre le pas sur les tâches à remplir.

Si nécessaire et indispensable que soit l'appareil bureaucratique pour tout État moderne, ou en voie de se transformer de façon radicale, à l'exemple du Québec au début de la dernière décennie, il n'en véhicule pas moins les défauts de ses qualités. Parvenu à un certain niveau de développement, l'appareil bureaucratique centralisé a tendance à se comporter comme un robot et perdre de vue les vrais problèmes ou de ne les percevoir qu'à travers des modèles abstraits et théoriques, en marge trop souvent de la réalité concrète et existentielle. L'appareil bureaucratique risque à la fois de limiter le pouvoir politique par la force contraignante de ses moyens d'analyse et d'exercer des discrétions dont il n'a pas à rendre compte.

Fort d'un tel pouvoir, pas toujours exercé avec les subtilités nécessaires et la souplesse requise, l'appareil bureaucratique développe une résistance considérable au changement. De plus, la technicité et la qualification professionnelle des corps de fonctionnaires de l'État, jointes à la disparition progressive des moyens, tant humains que financiers à l'échelon local, amorcent le cercle vicieux que nous connaissons aujourd'hui, à l'intérieur duquel l'État développe une propension, par pouvoir bureaucratique interposé, à se percevoir seul capable de décider et d'exécuter et se refuse à prendre le risque d'abandonner une partie de ses pouvoirs, de ses moyens et de ses responsabilités.

Cette situation, seuls la décentralisation fondée sur le partage rationel et fonctionnel des pouvoirs entre les niveaux provincial, régional et local, et le respect de leurs compétences respectives pourront le corriger. C'est à cette tâche que la commission Castonguay-Nepveu s'est employée en formulant son projet de réforme des services de santé et des services sociaux.

1.4 Dès sa mise en marche par le MAS, le train de réformes sanitaires et sociales s'est heurté tant à la résistance de l'appareil bureaucratique centralisé qu'à celle des établissements et des groupes de professionnels. De plus, il s'est heurté à une contradiction fondamentale qui tenait au fait que le Québec, malgré ses apparences de société industrialisée et urbanisée, n'en conservait pas moins, à ce moment là, une culture largement traditionnelle. Le Québec vivait un type de société et en valorisait un autre. À cet égard, le mérite de la commission Castonguay-Nepveu aura été de proposer et d'établir un système de services de santé et de services sociaux qui corresponde à ce que le Québec était en voie de devenir. En d'autre termes, la commission a joué à la fois sur plusieurs types de sociétés; elle devait tenir compte des valeurs et des pratiques de la société traditionnelle sur lesquelles les milieux de la santé et du service social continuaient de s'appuyer et tenir compte également de la société industrielle dans laquelle le Québec était déjà entré; tout en ne perdant pas de vue la société de demain, sorte de société post-industrielle dans laquelle les Québécois forcément s'engageraient. Les débats et les résistances, auxquels a donné lieu l'application progressive et prudente des recommandations du rapport de la commission d'enquête, indiquent assez bien, par l'éclatement des systèmes, que c'est du côté des valeurs et des structures traditionnelles que la réforme heurtait davantage.

1.5 On aurait tort, cependant, de croire que, seuls, le poids envahissant et omniprésent de l'appareil bureaucratique centralisé et le chevauchement des différents types de sociétés rendent compte de toutes les difficultés de parcours qu'a connues la réforme des services de santé et des services sociaux et des nombreuses résistances qu'elle a suscitées. Un autre ordre de causes peut être invoqué et qui tient, pour l'essentiel, aux erreurs tactiques des fonctionnaires, à la précipitation et à l'improvisation de certaines de leurs interventions et, non à la moindre, à l'absence d'une politique globale de décentralisation administrative et organisationnelle susceptible de traduire, en propositions claires et en structures fonctionnelles, les objectifs proposés par la réforme des services de santé et des services sociaux.

Le diagnostic formulé par la commission Castonguay-Nepveu sur l'état des services de

santé et des services sociaux au Québec dans les années 60 invitait toutefois l'État à une action rapide et vigoureuse afin de corriger les défaillances et les disparités régionales justement dénoncées. C'est alors que, dans un premier geste, l'État procéda à la fusion des ministères de la Santé et du Bien-être social et de la Famille en un seul ministère, devenu le ministère des Affaires sociales, doté d'une nouvelle structure administrative. Simultanément, le MAS procéda à la mise en place d'un nouveau réseau de distribution des soins de santé et des services sociaux prévoyant, entre autres, la création d'un type nouveau d'établissement, soit les centres locaux de services communautaires. L'implantation de ces dernier donna lieu à une masse imposante de directives de la part du MAS, relatives aux normes de développement et d'organisation qui devaient les régir. Or, l'analyse du contenu de ces directives nous amène à reconnaître les efforts constants que le MAS déploie à vouloir préciser les éléments de politique qu'il entend appliquer en cette matière. Les nombreuses reprises de sa part, la fréquente remise en question de sa politique témoignent d'une certaine précipitation dans l'action et d'une évidente impatience face aux résistances qu'elle provoque. Pour tout dire, l'observateur se défend mal d'une impression d'improvisation et d'indécision de la part du maître d'oeuvre de la réforme des services de santé et des services sociaux, à en juger par sa démarche et ses écrits.

Mais le malaise qu'a engendré la réforme des services de santé et des services sociaux, fait d'imprécision, d'improvisation et de résistances, tient avant tout à une lacune plus grave liée à l'absence de politique globale de décentralisation de la part du MAS.

Encore récemment, soit en mars 1977, le MAS produisait un document intitulé: «Décentralisation des activités du ministère des Affaires sociales», par lequel il identifie un certain nombre de dossiers prioritaires qui feront prochainement l'objet de décentralisation. Or, aucun de ces dossiers n'est appuyé sur des éléments de politique globale ou sur des éléments groupés en un tout cohérent, ni sur des critères valables de développement et d'organisation susceptibles de fonder une véritable décentralisation. Il paraît inconcevable que l'on puisse entreprendre une restructuration du régime de la santé et des services sociaux et procéder à sa décentralisation sans se donner un plan global assorti d'objectifs précis et de formules de partage des responsabilités entre les différents partenaires de participation, soit l'organisme central, le palier régional et les établissements. C'est là le constat où conduisent les considérations générales qui précèdent.

2 Appréciation des efforts de décentralisation dans le domaine des affaires sociales

C'est dans un plan de réforme à long terme que s'insère cette structure d'ensemble décentralisée du secteur des affaires sociales dont il a été question plus haut. Il a semblé nécessaire, au point de départ, de la présenter telle qu'elle a été élaborée par ses auteurs avant de formuler des jugements critiques sur les modalités et étapes de sa mise en oeuvre. Ainsi, au fur et à mesure que seront dévoilés ses points forts et ses points faibles, ils seront éclairés par cette perspective globale qui inspirera les conclusions et les recommandations ultérieures.

2.1 La notion de décentralisation

Il paraît utile de préciser ce à quoi se rapportent les notions de décentralisation et de déconcentration. Au dictionnaire, décentralisation consiste à rendre plus autonome ce qui est centralisé. Les organismes ou les institutions décentralisées, comme les corporations municipales par exemple, peuvent être soumis dans leur fonctionnement à des politiques, des lois et des normes uniformes.

Selon certains, chacun d'entre eux possède la compétence pour formuler des politiques et des programmes à l'échelle de leur vocation régionale particulière et pour les administrer. La déconcentration serait, par ailleurs, différente et confierait à des organismes locaux l'exercice de pouvoirs de décision sur des cas particuliers dans un système d'organisation centralisé. C'est ainsi que l'organisation de l'aide sociale prévoit la déconcentration du service à la population et attribue l'exercice de pouvoirs de décision aux fonctionnaires locaux, conformément à des politiques, des normes et des procédures communes et centralisées. Au delà de ces notions d'explication, le Conseil a abordé la question de la décentralisation de façon empirique plutôt qu'idéologique.

2.2 La loi et la décentralisation

Le modèle de décentralisation que consacre la loi prend la forme d'un palier régional désigné sous le nom de conseil régional des services de santé et des services sociaux. Ce modèle dif-

fère, à bien des égards, du modèle recommandé par la commission d'enquête. Alors que les CRSSS sont devenus des organismes-conseils et de coordination, ceux prévus initialement et appelés offices régionaux des affaires sociales (ORAS) étaient des organismes décisionnels et de contrôle.

De plus, la loi donne au pouvoir central des pouvoirs étendus de réglementation (art. 129). Par ailleurs, à la différence de ce qui avait été proposé dans le contexte de la création d'offices régionaux des affaires sociales, la loi des services de santé et des services sociaux reconnaît une grande autonomie à ces types nouveaux d'établissements publics (CH, CSS, CA, CLSC) qui constituaient jusque là des institutions privées. L'autonomie juridique des établissements prévue par la loi leur reconnaît implicitement le devoir de faire l'expérience, en l'absence d'une juridiction régionale, de leur nouveau statut par rapport à la façon dont les ressources régionales sont développées en conformité avec les besoins.

L'adoption de la loi des services de santé et des services sociaux a suscité une déception dans certains milieux relativement à l'authenticité de la volonté de décentralisation de la part de l'État. On peut, en effet, considérer que la loi constitue un recul temporaire par rapport à l'extension prévue de la régionalisation par la commission d'enquête sur les services de la santé et des services sociaux. On peut également prêter des motivations qui relèvent, en partie, de l'opportunisme électoral aux choix qui ont été faits. Il importait de ne pas brusquer certains publics! Mais il est également possible de reconnaître au cadre légal adopté et aux organismes qu'il crée, en particulier au palier régional, certains mérites fondés sur la nature même du processus de décentralisation.

La décentralisation ne s'improvise pas. Elle suppose, pour être efficace et valable, un certain mûrissement des personnes et des institutions. Dessiner un plan théorique de décentralisation, énoncer certains objectifs en termes vagues et au contenu imprécis ne suffisent pas à créer une véritable décentralisation. La seule modification des structures administratives ne renferme aucune vertu particulière susceptibles d'entraîner automatiquement la décentralisation souhaitable de la vaste machine bureaucratique que constitue le ministère des Affaires sociales. Si la décentralisation administrative est désirable, encore faut-il qu'elle soit désirée et assumée avec compétence par les instances régionalisées. Sans cette maturation des institutions et des mentalités, on risque, par précipitation et improvisation, de recréer au niveau régional un appareil bureaucratique analogue à l'appareil bureaucratique central si souvent et si justement dénoncé.

Ceux qui ont vécu l'expérience déplorent:

— l'absence d'un budget global confié au palier régional, tel que prévu initialement;

— l'insuffisance du mécanisme des contrats de services entre les établissements pour assurer une coordination des activités des diverses unités;

— l'imprécision de la répartition des rôles de planification, de programmation, de gestion et de contrôle entre les divers paliers.

Si l'on voulait porter un jugement global sur l'ensemble des initiatives gouvernementales au chapitre de la décentralisation depuis l'adoption de la loi des services de santé et des services sociaux, il faudrait admettre qu'elles ont été valables, plus par les espoirs qu'elles autorisent que par la signification des résultats obtenus. En effet, malgré la prudence étatique véhiculée par la loi et les nombreuses déclarations officielles en faveur de la décentralisation administrative, le MAS n'a pas su présenter son dessein de décentralisation dans des lignes claires et fermes. Pour leur part, les populations régionales se sont senties hésitantes à adhérer à un tel projet de décentralisation, faute d'en saisir nettement les objectifs et conscientes de ne pas posséder les ressources financères et humaines suffisantes à le réaliser pleinement. À cet état de fait, on peut invoquer plusieurs explications. Parmi celles-ci, il faut noter l'imprécision des contenus politiques en matière de décentralisation, l'absence d'identification claire des objectifs envisagés, les nombreux tâtonnements de la mise en place des organismes régionalisés et, enfin, l'inexistence d'un projet de partage fonctionnel des responsabilités entre les différents paliers du réseau des affaires sociales, soit l'organisme central, le palier régional et les établissements. Peut-être aussi que cette résistance à la décentralisation tient plus encore à la nature des choses selon laquelle il n'est pas naturel à une hiérarchie bureaucratique de déléguer des pouvoirs, tant il est vrai qu'elle organise, souvent à son insu, son propre engorgement.

Quant aux espoirs permis, ils procèdent des attitudes et des prises de position officielles de la part des titulaires du ministère des Affaires

sociales depuis sa création. À ce propos, le récent document du MAS intitulé: «Décentralisation des activités du ministère des Affaires sociales (mars 1977)» ne laisse place à aucune équivoque quant à son option de décentralisation.

2.3 Les accidents de parcours vécus par les CRSSS au début de leur existence

Dès le début de leur existence, les CRSSS se sont heurtés à toutes sortes de difficultés qui tenaient principalement aux attitudes, soit d'attente prudente, de méfiance ou de trop grande confiance de la part des établissements à l'endroit de cet organisme nouveau, appelé le conseil régional des services de santé et de services sociaux. Attitudes qui s'expliquent par la nouveauté de l'expérience de décentralisation, par les hésitations qu'accompagne toujours la mise en place d'un modèle théorique d'organisation et, enfin, par l'insuffisance de l'information véhiculée. Mais, au-delà de ces attitudes, il faut invoquer la présence d'un certain désenchantement de la part des établissements quant à la signification réelle du mouvement de décentralisation amorcé par le MAS. Ce dernier, en effet, et en conformité avec la volonté du législateur, voulait procéder au transfert de certains pouvoirs et de certaines fonctions, assumées jusque là par l'organisme central (MAS) à un organisme régional (CRSSS). Mais, dans les faits, s'agissait-il vraiment d'une décentralisation? Plusieurs établissements ont perçu l'implantation des CRSSS comme un phénomène de déconcentration, c'est-à-dire d'un transfert de pouvoirs et fonctions d'un fonctionnaire lointain (central) à un fonctionnaire proche (régional). D'autre part, le comportement de certains fonctionnaires qui n'acceptaient pas facilement l'implantation d'un palier régional investi de fonctions et pouvoirs qu'ils avaient toujours exercés a contribué largement à confirmer les établissements dans leur perception du CRSSS. Pour eux, le conseil régional devenait un intermédiaire inefficace, superflu, donc inutile, dans le réseau des relations qu'ils voulaient à tout prix maintenir. De cette situation, pleine d'ambiguïté, surgirent des tiraillements, des frustrations et des tensions entre les deux (2) groupes de personnel qui multiplièrent les maladresses.

C'est dans ce climat difficile que les CRSSS ont fait leurs premiers pas dans le monde complexe des affaires sociales. Très tôt, ils ont été forcés d'imposer leur présence et de développer des relations fonctionnelles, tout à la fois avec le MAS et les établissements, sans enfreindre les limites des responsabilités que le cadre légal leur imposait, mais aussi sans jamais s'y soustraire. Pour y parvenir, ils décidèrent de jouer la carte de la concertation avec les partenaires que le régime des services de santé et des services sociaux leur proposait, soit le MAS et les établissements.

Avec le MAS, les relations difficiles du début se sont vite atténuées. Une meilleure concertation des actions ministérielles et de l'action régionale s'est vite imposée à partir d'une meilleure intelligence des problèmes que soulevait l'impérieuse nécessité d'économie et d'efficacité à travers tout le réseau des affaires sociales.

Avec les établissements, c'est par l'intermédiaire des commissions administratives et par des études conjointes que la concertation s'est développée. Cette formule des commissions administratives permettait aux CRSSS d'impliquer, de façon toute naturelle, les établissements dans l'exécution de mandats dont l'objet exprimait des intérêts communs et de s'assurer de leur collaboration dans l'exécution de mandats ministériels ou de mandats imposés par la loi elle-même.

Nous avons, plus haut, relaté brièvement l'histoire de la mise en place des commissions administratives et relié leur contenu, soit à des nécessités d'économie par le regroupement de services, soit à l'exercice de mandats spécifiques du ministre, soit à des objectifs imposés par la loi. À noter que le degré d'adhésion des établissements aux commissions administratives a toujours varié en fonction de la nature et des objectifs de celles-ci. En effet, il faut distinguer deux (2) catégories de commissions:

— celles qui sont formées autour de l'axe des services communs (v.g. achats en commun). Elles peuvent être dites «de gestion» d'établissement et remplissent un rôle instrumental par rapport aux objectifs de régionalisation que poursuivent les CRSSS. L'adhésion des établissements à ce type de commission a toujours été spontanée et assez volontiers désirée. Leur liberté d'action est demeurée entière, aussi bien au niveau de leur participation qu'au niveau de l'exécution des décisions. La convergence des intérêts des établissements facilite souvent cette sorte de participation;

— celles qui sont formées autour de l'axe besoins-ressources. Elles peuvent être dites «de coordination» de services et de ressources. La participation et le type de représentation des établissements au sein de telles commissions ont suscité, depuis le début, de nombreuses

expressions d'opinions mêlées d'inquiétude et d'interrogation. La publication du récent document du MAS intitulé: «Décentralisation des activités du ministère des Affaires sociales, mars 1977» a ranimé ces inquiétudes et ces interrogations.

Certaines associations d'établissements ont transmis aux directeurs généraux de leur secteur une mise en garde contre les modalités de décentralisation préconisées par le MAS et contre certains aspects relatifs à la composition et aux pouvoirs des commissions administratives. Pour l'essentiel, elles se disent d'accord avec le principe de la décentralisation. Par contre, elles formulent de sérieuses réserves à l'endroit du cadre général proposé par le MAS à l'intention des CRSSS relatif à la formulation de règlements régissant la composition et les pouvoirs des commissions administratives.

Selon elles, toute mesure visant à limiter la représentation des établissements au sein des commissions administratives est contraire à la solidarité de leurs intérêts communs et indivisibles. Quant au pouvoir de modifier la vocation des établissements, que le MAS veut confier aux commissions administratives, elles s'y opposent, invoquant le fait qu'il s'agit là d'une ultime prérogative ministérielle. Enfin, l'exercice par le CRSSS du droit d'entériner ou non les décisions d'une commission administrative leur apparaît comme un abus de pouvoir et la négation de l'autonomie des établissements comme elles la conçoivent.

À remarquer que l'application du droit de la part des CRSSS d'entériner ou non les décisions des commissions administratives sera plus fréquente dans celles dites de «coordination», où des occasions de conflits peuvent naître, que dans celles dites de «gestion», où les intérêts des établissements convergent.

Voilà autant de points de conflits qui appellent des solutions et des réponses adéquates. Elles surgiront plus facilement si, au point de départ, on admet la nécessité de remettre en question la notion d'autonomie des établissements, utilisée trop souvent comme ultime argument dans des situations jugées irréconciliables et aussi à la condition que le MAS procède à une clarification des objectifs qu'il désire poursuivre avant de procéder à la décentralisation de ses responsabilités.

2.4 L'autonomie des établissements

La commission Castonguay-Nepveu affirmait, sans équivoque, la nécessité d'assurer le respect et la sauvegarde de l'autonomie des établissements, perçue comme l'assise de la réforme des services de santé et des services sociaux. Par la suite, tous les artisans de la décentralisation ont proclamé, par voie législative ou par directives ministérielles, leur volonté de maintenir intacte cette autonomie.

De telles déclarations de principe pourraient facilement laisser croire que la régionalisation doit passer, en toute exclusivité, par les établissements. D'aucuns, d'ailleurs, l'ont cru et proclamé. Or, dans les faits, le législateur a confié aux CRSSS le rôle de palier régional, tout en prenant les dispositions nécessaires pour ménager aux établissements une marge de manoeuvre suffisante à l'exercice de leur autonomie. S'agit-il d'une réconciliation impossible? Devant certaines résistances et certaines rigidités manifestées par les établissements, on serait enclin à le croire. D'autant plus que l'on se plaît à concevoir, en certains milieux, l'autonomie des établissements comme une fin en soi, comme un absolu vers quoi tout doit converger.

Un consensus est relativement facile à créer autour de la théorie selon laquelle l'autonomie des établissements est et doit demeurer aussi grande que possible au niveau de la gestion interne. L'exercice de cette autonomie doit, cependant, contenir un certain degré de souplesse et faire preuve d'une nécessaire adaptation face à l'évolution même de la société. Cette dernière accepte et réclame même l'intervention de l'État dans tous les secteurs de ses activités sans exclure celui des affaires sociales. À cette participation de plus en plus grande de l'État, au niveau de la planification et du financement des établissements, à même les fonds publics, correspond pour ceux-ci une contrainte qui se traduit par une perte partielle et conditionnée de leur autonomie.

Produits d'une société libérale où la concurrence était la règle du jeu et l'acceptation des risques financiers la condition de leur existence, les établissements doivent reconnaître que, par la participation de l'État, condition essentielle à leur survie, ils ont consenti implicitement à une collaboration avec l'État de la gestion des services publics. Mais, paradoxe étonnant, en dépit de leur origine «libérale», les établissements n'en manifestent pas moins, d'une façon générale, un certain conservatisme social qui s'ex-

prime par un attachement vif au statut qui était le leur avant la loi. Cette résistance au changement susceptible de modifier l'image qu'ils se font d'eux-mêmes et du rôle qu'ils doivent continuer à jouer ne saurait étonner de la part des établissements, si l'on tient compte des conditions sociales qui prévalaient au moment de leur implantation. Ce qui demeure, cependant, objet d'étonnement, c'est de percevoir chez un certain nombre d'entre eux cette espèce de méconnaissance de l'écart qui s'élargit sans cesse entre l'évolution des besoins tels qu'ils se manifestent aujourd'hui et la représentation que s'en font ceux qui ont pour mission de les combler.

L'autonomie des établissements, valable en soi, n'est pas une donnée absolue, mais une réalité à sauvegarder en fonction des besoins. Une telle conception de l'autonomie des établissements est souple et adaptable à l'évolution des besoins et aux façons, toujours changeantes, de les combler. De plus, il va de soi que la sauvegarde de l'autonomie des établissements entraîne l'obligation de leur assurer une marge de manoeuvre qui permette à ceux-ci de l'exercer, non pas en vase clos, mais en relation avec les responsabilités précises, distinctes et complémentaires des principaux agents du réseau des affaires sociales, soit le MAS, les CRSSS et les autres établissements.

Rouage irremplaçable au niveau de la distribution des soins et des services, l'établissement peut devenir l'élément indispensable qui éclaire, fonde et légitime les niveaux de planification régionale et locale. Il y parviendra dans la mesure où se développera son aptitude à subordonner ses intérêts et objectifs, forcément restreints, aux intérêts et objectifs plus larges de la région. Au modèle de l'établissement hermétique et replié sur lui-même d'une époque passée, doit succéder le modèle de l'établissement ouvert sur les besoins actuels de la population et soucieux d'y répondre de la façon la plus contemporaine qui soit dans le cadre d'une planification régionale.

2.5 Les difficultés de la participation

Une des grandes aspirations qu'entretenaient les artisans de la réforme des services de santé et des services sociaux était d'instaurer une véritable participation de tous les intéressés à la définition des objectifs et à la mise en place des institutions requises. Cette aspiration est-elle devenue réalité? Force est de reconnaître qu'à elle seule, cette participation n'a pas réussi, à date, à développer des planifications régionales auxquelles se seraient ralliés les établissements. Aussi peut-on se demander si, dans les faits, le législateur, en décrétant la modification des conseils d'administration des établissements, n'a pas tout simplement soulevé, en définissant la participation, de cette façon des espoirs de planification conjointe et de péréquation qui ont échoué en se heurtant d'un côté aux autonomies des établissements et de l'autre aux limites particulières associées à la participation dans les établissements publics, tel que le CASF l'a déjà souligné dans son avis sur la promotion des groupes populaires[1]. Cette lente progression de la participation peut s'expliquer par deux (2) ordres de causes qui tiennent, pour les unes, au graduel désintéressement ou désenchantement des citoyens à l'endroit de l'utilité de leur rôle à l'intérieur du secteur des affaires sociales et, pour les autres, au mode de représentation au sein des conseils d'administration des établissements prévu à l'article 21 de la loi.

2.5.1 Graduel désintéressement ou désenchantement des citoyens

Tout observateur objectif se rend compte que la participation des citoyens dans le réseau des affaires sociales est, dans l'ensemble, plutôt décevante malgré quelques remontées sporadiques. Il ne semble pas que la population se soit sentie massivement séduite par l'ouverture à la participation que le législateur lui ménageait. Bien sûr, il y a eu, au début, la lutte de pouvoirs que se sont livrée certains groupes à l'occasion de la mise en place d'un nouveau mode d'élection. Mais, bientôt, le citoyen ordinaire s'est vite senti dépassé et dépaysé dans le monde complexe au langage hermétique que représentaient soit l'hôpital et les autres établissements, soit le conseil régional. Impressionné et vite découragé par les subtilités administratives, le citoyen a eu nettement le sentiment de son impuissance et de l'inutilité de ses efforts. Ici, encore, le Conseil rappelle qu'il a déjà abordé cette question (2).

Cette constatation nous amène à rappeler que la participation obéit à des règles précises et aujourd'hui assez bien connues. Ces règles qui gouvernent la participation tiennent principalement au fait de la diffusion au maximum des responsabilités. Veut-on qu'à la base, les citoyens dans un quartier, les ouvriers dans un

(1) CASF, «Promotion de la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés», **Études et avis,** 1976, pp. 35-36 et 41-42.

(2) Idem pp. 25-29.

atelier participent à la vie publique, sociale ou professionnelle, il faut leur concéder des responsabilités réelles, non seulement au niveau de l'étude des problèmes, mais aussi au niveau de l'exécution des décisions. À ce propos, un des mérites de la formule des commissions administratives, telles que constituées, c'est de permettre cette diffusion aux établissements de responsabilités concrètes et familières à l'échelle régionale.

2.5.2 Dispositions légales relatives aux modes de représentation

Le graduel désintéressement des citoyens, dont il est fait mention plus haut, a coïncidé avec l'envahissement continu et progressif des établissements du secteur des affaires sociales par des professionnels et des conseils d'administration par ces mêmes professionnels ou par les cadres des établissements qui le constituent. Une étude sommaire et récente effectuée de la composition des CRSSS a établi que les conseils d'administration des conseils régionaux étaient composés, dans une proportion de 90%, de professionnels, de techniciens de la santé et des services sociaux, cadres ou permanents des établissements. Une telle proportion n'est-elle pas de nature à décourager la participation des citoyens ordinaires qui se sentent dépaysés dans ce monde complexe? Chose certaine, une telle sur-représentation des professionnels et des cadres au sein des conseils d'administration s'accomode mal avec l'esprit de l'avis que le CASF transmettait au ministre des Affaires sociales, en date du 6 octobre 1976. Aux termes de cet avis, le Conseil suggérait des modifications législatives relatives à la composition des conseils d'administration et des commissions administratives ces conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Le phénomène de la participation et des problèmes qu'elle suscite n'est pas particulier au Québec. Toutes les sociétés occidentales vivent cette expérience selon des modalités différentes. Au Québec, le désir de participation est vif et revêt, le plus souvent, la forme de la revendication. Que les travailleurs, les étudiants, les défavorisés et tous les citoyens veuillent être impliqués dans le processus des décisions qui les touchent directement, tout cela est sain et normal. Encore faut-il que cette participation procède à partir d'objectifs clairs et nettement perçus et qu'elle s'appuie sur des structures qui la rendent possible et efficace. C'est à cette sorte de nécessité que pourraient contribuer les amendements à la loi que le CASF suggérait au ministre des Affaires sociales.

Partie III

Quelles sont les conclusions et les recommandations qu'est amené à faire le CASF au ministre des Affaires sociales afin de permettre au MAS de franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux?

III Quelles sont les conclusions et les recommandations qu'est amené à faire le CASF au ministre des Affaires sociales afin de permettre au MAS de franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux?

Conclusions et recommandations

En dernière analyse, le CASF peut dégager certaines conclusions des données étudiées et formuler quelques recommandations.

1 Conclusions

1.1 Si l'on veut porter un jugement global sur l'ensemble des initiatives gouvernementales au chapitre de la décentralisation depuis l'adoption de la loi des services de santé et des services sociaux, il faut admettre qu'elles ont été valables, plus par les espoirs qu'elles autorisent que par la signification concrète des résultats obtenus. Les résultats modestes atteints ont tenu de façon générale à

— l'imprécision de la répartition des rôles de planification, de programmation, de gestion et de contrôle entre les divers paliers, soit l'organisme central, le conseil régional et les établissements;

— l'insuffisance du mécanisme des contrats de services entre les établissements pour assurer une coordination des activités des diverses unités

— l'absence d'un budget global régional comme celui qui avait été prévu dans le cas des offices régionaux des affaires sociales (ORAS).

1.2 L'expérience des mandats spécifiques confiés par le MAS aux conseils régionaux et des commissions administratives qu'ils ont engendrées s'avère, dans l'ensemble, une démarche de régionalisation valable. Cependant, de tels mandats, de par la spécificité de leur contenu, limitent, en quelque sorte, l'exercice de la fonction de planification des CRSSS. À titre d'exemple, le mandat spécifique du MAS, relatif aux services psychiatriques, ne rejoint pas nécessairement les problèmes et les priorités de chacun des CRSSS et impose à ces derniers une certaine contrainte par rapport aux priorités qu'ils auraient pu identifier dans leur propre région.

1.3 Les décisions prises dans le cadre du mécanisme des commissions administratives et des mandats ministériels ne doivent entraîner aucun réaménagement des ressources financières, compétence exclusive du ministère. De telles dispositions n'offrent pas la marge de manoeuvre associée à un budget global assorti d'une certaine autonomie régionale.

1.4 Il paraît utile de rappeler l'existence d'un réseau privé dans le domaine de la santé, dont l'existence et le développement échappent aux efforts de coordination de la part du MAS. La coordination des services de santé et des services sociaux du secteur public ne pourra atteindre les objectifs d'économie, d'efficacité et de couverture qu'elle s'est fixés qu'à la condition de rejoindre également et plus particulièrement des services de santé de caractère privé, même si les honoraires de leurs professionnels émargent à l'assurance-maladie.

1.5 Le CASF se rend à l'évidence que le sort réservé à la décentralisation des activités du MAS repose, en grande partie, sur le degré de participation des établissements. De plus, il soumet que la participation active et engagée des établissements, c'est aux conseils régionaux qu'il revient de l'assurer, de la maintenir et de l'accentuer, notamment par l'intermédiaire des commissions administratives.

Rouage irremplaçable au niveau de la distribution des soins et des services, l'établissement peut devenir l'élément indispensable qui éclaire, fonde et légitime les niveaux de planification régionale et locale. Il y parviendra dans la mesure où se développera son aptitude à subordonner ses intérêts et ses objectifs, forcément restreints, aux intérêts et objectifs plus larges de la région.

1.6 Au chapitre de la participation, le CASF en vient à la conclusion que le désintéressement de la population a été plus marqué au niveau de la gestion des établissements qu'au niveau de l'identification des besoins et de la prévention. Dans les faits, il faut admettre que, chaque fois que la participation a été suscitée à partir d'objectifs où la population percevait ses intérêts, ses préoccupations et sa possibilité d'engagement, elle n'hésitait pas à s'impliquer à fond. Ce ne sont pas tant les occasions de participer qui ont fait défaut que l'absence d'objectifs susceptibles de mobiliser le désir de participer, une certaine assurance de l'utilité des efforts consentis et la concordance des intérêts de ceux invités à participer avec les objectifs qui leur sont proposés.

Il faut souligner la participation de nouvelles catégories professionnelles, dont l'existence est

souvent fonction de l'apparition d'un problème socio-sanitaire. Elles se sont jointes aux anciennes et partagent avec ces dernières la capacité de verbaliser et de faire connaître les besoins de la population. Leur participation ne rend pas, cependant, la participation plus facile de ceux qu'on a appelé les citoyens ordinaires.

La participation des groupes d'intérêt fondée sur l'expérience des usagers, comme les comités de malades ou, dans un autre ordre d'idée, de parents substituts, a constitué une participation particulièrement efficace. À ce propos, le CASF rappelle qu'il a déjà transmis au ministre des Affaires sociales un avis portant sur la participation des groupes populaires. Ce document, daté du 23 janvier 1976, contient des positions qui n'ont pas perdu leur caractère d'actualité et de pertinence.

1.7 Au terme de la présente analyse, le CASF en vient a la conclusion générale que la centralisation qui existe dans le domaine des affaires sociales n'est plus désirable. C'est pourquoi il ne saurait trop insister sur la nécessité de continuer le mouvement de décentralisation et, pour tous les intéressés, de se mettre à la recherche de modalités optimales de régionalisation, ne se fermant, au point de départ, aucune avenue, soit de l'ordre de la déconcentration, soit de l'ordre de la décentralisation.

Cet effort de réflexion sur les modalités de régionalisation dans le secteur des affaires sociales devrait s'ajouter et s'appuyer sur l'expérience déjà acquise, dans d'autres secteurs d'activités comme celui de l'administration urbaine, de la régionalisation scolaire, de l'aménagement et du développement du territoire et sur les autres études auxquelles l'objectif de la régionalisation a donné lieu. Partout, en effet, s'exprime de plus en plus cette volonté collective d'être en mesure d'assumer des responsabilités et de prendre des décisions à partir de points géographiques aussi près que possible de la population.

En dernier lieu, le CASF voudrait noter que les modèles convenables et efficaces de la régionalisation ne pourront se dégager qu'à partir d'une démarche empirique et ne se réaliser que par étapes. À cet égard, la formule des projets-pilotes offre de réels avantages.

2 Recommandations

A Sur le plan des principes

2.1 Le CASF recomande la poursuite du mouvement de décentralisation et de déconcentration vers les conseils régionaux et vers les établissements des activités et des responsabilités du ministère des Affaires sociales. Cette orientation est conforme aux grands objectifs de la réforme des services de santé et des services sociaux, proposée par la commission Castonguay-Nepveu.

2.2 Le CASF recommande au ministre des Affaires sociales d'accélérer **le mouvement de décentralisation et de déconcentration** des services de santé et des services sociaux et de saisir toutes les occasions de le faire connaître du public.

2.3 Le CASF recommande que soit élaborée une politique générale de décentralisation et de déconcentration qui identifie les objectifs poursuivis, spécifie le cadre opérationnel où s'accompliront la décentralisation et la déconcentration des services et, enfin, énonce les principes et les critères à utiliser dans le partage fonctionnel des responsabilités entre les niveaux provincial, régional et local.

2.4 Le CASF recommande que l'énoncé des principes et des critères sur lesquels repose le partage des responsabilités entre les trois instances concernées explicite le caractère d'articulation et de nécessaire complémentarité entre chacun de ces niveaux de responsabilités.

À cet égard, le CASF suggère que soient mentionnées, pour chacune des instances, les responsabilités qu'elles sont le plus en mesure de remplir adéquatement. À titre indicatif, ces responsabilités pourraient être:

— Au niveau provincial (MAS), les responsabilités

— d'élaboration de la politique générale dans le domaine socio-sanitaire,

— de planification du développement des services de santé et des services sociaux sur l'ensemble du territoire québécois,

— de l'identification des priorités qui doivent guider l'action du ministère des Affaires sociales,

— de la détermination de systèmes d'information qui tiennent aussi compte des besoins régionaux et de l'exercice des compétences régionales,

— de la détermination et de la répartition des enveloppes budgétaires aux régions,

— de la formulation des normes budgétaires et de fonctionnement,

— de la vérification du respect des normes budgétaires et de fonctionnement.

— **Au niveau régional** (CRSSS), les responsabilités

— de planification intra-régionale des services de santé et des services sociaux,

— de détermination des priorités régionales en matière de santé et de services sociaux,

— de coordination des services et des établissements,

— de partage intra-régional de l'enveloppe budgétaire,

— de la mise en place d'un contrôle budgétaire à postériori auprès des établissements.

— **Au niveau des établissements,** les responsabilités

— de la programmation des soins et des services,

— de la dispensation des soins et des services,

— de la participation à la planification des soins et des services au niveau régional

— de la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité des soins et des services,

— de l'administration interne.

2.5 Le CASF estime que la décentralisation des activités et des responsabilités du MAS ne pourra s'effectuer par le seul partage théorique des activités et des responsabilités entre les trois niveaux provincial, régional et local. Elle devra donner lieu à un transfert réel de l'autorité décisionnelle et des ressources correspondantes. Elle devra se construire par des consultations auprès des représentants des instances centrales, régionales et locales et sur une concertation de leurs points de vue respectifs.

B Sur le plan des modalités d'application

2.6 Le CASF recommande que, dans le but d'atteindre cet objectif de décentralisation, le ministre constitue des groupes de travail formés au niveau central de fonctionnaires, au niveau des régions et en consultation avec les intéressés de représentants des différents conseils régionaux, au niveau des établissements de représentants de ces derniers. Ces groupes de travail devront déléguer à leur tour des représentants à une table centrale chargée de réconcilier les points de vue, si possible, et de faire rapport au ministre. Ces groupes de travail devraient pouvoir faire appel à des compétences techniques pertinentes.

2.7 Les groupes de travail se verraient confier les mandats suivants:

— identifier clairement les responsabilités de chacune des instances, soit le MAS, les CRSSS et les établissements,

— dégager les aspects de complémentarité des différentes responsabilités dans une optique d'efficacité concrète,

— déterminer par qui ces responsabilités peuvent être le plus efficacement remplies et les rapports entre les instances concernées,

— proposer un échéancier détaillé des étapes d'application et prévoir à l'intérieur de l'échéancier des mécanismes d'évaluation du processus retenu.

2.8 Le CASF recommande au ministre des Affaires sociales de voir à faire franchir une autre étape dans la régionalisation des services de santé et des services sociaux en confiant de nouveaux mandats aux CRSSS à partir des résultats des divers groupes de travail à instituer aux niveaux provincial, des régions et aussi des établissements, de sorte que ces mandats tiennent mieux compte que par le passé des perceptions de problèmes qui sont les leurs respectivement et que, préalablement à la généralisation de nouveaux mandats, soient menés autant de projets-pilotes susceptibles d'éclairer l'avenir qu'il est possible d'en favoriser la réalisation.